

## جلوگیری از حاملگی از طریق بستن لوله های رحم در زن

بررسی عوامل مؤثر در میزان قبول یا رد این روش در اصفهان

دکتر محمود صرام\*

دکتر طهمورث کامران\*

دکتره سعوده شیر فاطمی\*

دکتر جلیل عظیمی\*

خلاصه :

۱- پروژه بستن لوله های رحمی از طریق شکم بمنظور جلوگیری دائمی از حاملگی از تاریخ ۱۳۴۹ر۴۶ تا تاریخ ۱۳۵۱ر۴۶ به مدت دو سال در زایشگاه امین وابسته به دانشکده پزشکی اصفهان انجام گردید . در این پروژه با ۳۱۰ نفر از مراجعین به زایشگاه و درمانگاه بهداشت تنظیم خانواده مصاحبه به عمل آمده است . از این تعداد جمعاً : ۳۶ نفر پیشنهاد بستن لوله های رحمی را قبول نکردند (گروه اول) ، ۱۱۴ نفر بستن لوله های رحمی را قبول کردند ولی بعداً مراجعه ننموده اند (گروه دوم) ، و ۱۶۰ نفر تحت عمل بستن لوله های رحمی قرار گرفتند (گروه سوم) .

۲- به منظور بررسی علل قبول یارد پیشنهاد بستن لوله ها و همچنین اثرات بعدی جسمی و روانی پس از عمل بعد از فواصل زمانی مختلف با ۱۸۱ نفر از این زنان برای بار دوم مصاحبه بعمل آمده است . در این مقاله عواملی که باعث قبول یارد پیشنهاد عمل بستن لوله ها در زن میشوند مورد مطالعه قرار گرفته است و همچنین مشخصات فردی و اجتماعی مصاحبه شوندگان در طی ۹ جدول بررسی و مقایسه گردیده است .

۳- موثرترین عوامل در نپذیرفتن بستن لوله های رحمی به ترتیب : ترس از عمل (۶۱/۱۱٪) عوامل مربوط به شوهر (۱۶/۶۶٪) و ترس از عیب دار شدن (۱۱/۱۱٪) اظهار گردیده است .

۴- عوامل موثر در پذیرفتن بستن لوله ها ، داشتن بچه کافی (۸۰/۶۲٪) - ضعف جسمی (۵۸/۷۵٪) - وضع مالی (۳۰٪) ذکر گردیده است . جالب توجه است که داشتن بچه پسر بیشتر در تصمیم به قبول بستن لوله ها موثر بوده است .

۵- با توجه به نگرانی و ترس بیماران از عمل جراحی و عواقب آن اینطور بنظر

\*-از مرکز جمعیت شناسی قسمت بیماریهای زنان و مامائی و بیمارستان امین دانشگاه اصفهان .

میرسد که بستن لوله‌ها از طریق لاپاراسکوپ و یا از طریق مهبل احتمالاً بیشتر مورد استقبال زنان قرار گیرد. همچنین آموزش مردم و جلب نظر مراجع مذهبی در حمایت از این برنامه ضروری بنظر میرسد.

#### مقدمه:

بستن لوله‌های رحم در زن و لوله‌های منی‌آور در مرد بمنظور جلوگیری از حاملگی در نقاط مختلف دنیا مخصوصاً در سالهای اخیر متداول شده است (۱)، اما وفور این عمل در ممالک مختلف بععلل متفاوت متغیر است. بعنوان مثال در مطالعه‌ای که در سال ۱۹۶۵ میلادی در پورتوریکو انجام گردید مشاهده شده که عمل عقیم کردن در ۳۴ درصد از زنان بین سن ۲۰ و ۴۰ سالگی انجام یافته است. میزان مشابه در سال ۱۹۵۴ میلادی ۱۶ درصد بوده است. یعنی بین سال‌های ۱۹۵۴ و ۱۹۶۵ درصد زنان عقیم شده در سالهای باروری بیش از ۲ برابر شده است و بمیزان یک سوم کل زنان پورتوریکو در سنین مذکور رسیده است. در هندوستان عقیم کردن مردان بیش از زنان متداول بوده بطوریکه تا سال ۱۹۶۹ جمعاً بیش از ۵ میلیون مرد در هندوستان با استفاده از این روش عقیم شده‌اند (۱).

عمل بستن لوله‌ها در زن تاکنون در ایران در سطح وسیعی متداول نبوده است (۳، ۴، ۵، ۶).

باتوجه به اینکه استفاده از این روش جلوگیری از حاملگی مورد احتیاج تعداد زیادی از مراجعین به مراکز تنظیم و بهداشت خانواده در سطح کشور میباشد لذا تصمیم گرفته شد که مطالعات مقدماتی در این زمینه در اصفهان انجام گیرد. اولین گزارش این پروژه تحقیقاتی در ششمین کنگره بیماریهای زنان و مامائی در آبان‌ماه ۱۳۴۹ در تهران عرضه شده است.

#### روش مطالعه:

پروژه بستن لوله‌های رحمی از طریق شکم با عمل جراحی از تاریخ ۱۳۴۹ ر ۱۳۴۹ ر ۶ در زایشگاه امین وابسته به دانشکده پزشکی اصفهان شروع گردید در این مقاله تجربیات دوساله اول این تحقیقات مورد بررسی قرار گرفته و نتایج آن ارائه میگردد.

بمنظور تشویق بیماران برای پذیرفتن بستن لوله‌های رحم با تعدادی از زنان مراجعه کننده به درمانگاه بهداشت و تنظیم خانواده و یازنانی که در زایشگاه امین در دوره نفاسی یا پس از سته‌چنین بستری بوده‌اند مصاحبه بعمل آمد و پرسشنامه‌ای که حاوی اطلاعات و نظرات آنان نسبت به بستن لوله‌های رحمی بود تکمیل گردید.

تعداد کل زنان که بمنظور پذیرفتن بستن لوله‌های رحمی با آنان مصاحبه شده است جمعاً ۳۱۰ نفر بوده است (مصاحبه اول). از این تعداد ۳۶ نفر در مصاحبه اول عمل بستن لوله‌ها را رد کرده‌اند (گروه اول) و ۱۱۴ نفر ابتدا عمل بستن لوله‌ها را قبول نموده‌اند ولی بعداً برای بستری شدن مراجعه نکرده و یا در هنگام بستری بودن از

این عمل استتکاف نموده‌اند (گروه دوم) و بالاخره تعداد ۱۶۰ نفر آنان تحت عمل بستن لوله‌ها قرار گرفته‌اند (گروه سوم) این گروه کسانی هستند که در مصاحبه اول عمل بستن لوله‌ها را قبول کرده‌اند و بعداً نیز تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند (جدول شماره ۱). از این تعداد لوله‌های رحم ۵۴ نفر در حین سزارین بسته شده است (گروه ۳ الف) و در تعداد ۱۰۶ نفر عمل جراحی فقط بخاطر بستن لوله‌ها انجام گرفته است (گروه ۳ ب). بمنظور بررسی اثرات جسمی و روانی بستن لوله‌ها در زن و همچنین آگاهی از میزان رضایت آنان از بستن لوله‌ها تصمیم گرفته شد که پس از بستن لوله‌ها باردیگر با این زنان مصاحبه شود (مصاحبه دوم). مصاحبه شوندگان در مصاحبه دوم ۱۸۱ نفر بوده‌اند. در گروه اول با ۱۸ نفر در گروه دوم با ۶۴ نفر و در گروه سوم با ۹۹ نفر برای بار دوم مصاحبه بعمل آمده است (جدول شماره ۱). نتایج حاصله از این مصاحبه‌ها در جداول متعدد طبقه‌بندی شده و ارائه میگردد.

در این مقاله سعی شده است مخصوصاً عواملی که باعث قبول باردیگر بستن لوله‌ها در زن میشوند و همچنین مشخصات فردی و اجتماعی مصاحبه شوندگان بررسی گردد.

#### نتایج :

میزان سواد افراد مصاحبه شده در سه گروه در جدول شماره ۲ نشان داده شده است. بدیهی است که بایستی توجه داشت که زایشگاه امین یک زایشگاه دولتی است و اکثر مراجعه کنندگان از طبقه کم درآمد اجتماع میباشند و لذا دارای مشخصات این گروه از مردم هستند. همانطوریکه از جدول شماره ۲ استنباط میشود اکثر مصاحبه شوندگان (۸۵/۹۲ تا ۹۳/۴۰ درصد) در هر سه گروه بی سواد بوده‌اند.

مصاحبه شوندگان با سواد بین ۳/۷۰ تا ۱۴/۰۴ درصد بوده‌اند. میزان سواد اکثراً در حد ابتدائی بوده و بدینجهت افراد در سطوح مختلف سواد از یکدیگر تفکیک نشده‌اند. از نقطه نظر میزان سواد رویهمرفته تفاوت زیادی بین سه گروه مختلف مشاهده نشده است. تنها گروه دوم تعداد و درصد با سوادان کمی بیش از دو گروه دیگر بوده است.

جدول شماره ۳ توزیع مصاحبه شده‌گان را از نقطه نظر محل سکونت نشان میدهد. در هر سه گروه بیش از نصف مراجعین شهرنشین و کمتر از ۵۰ درصد روستاییان بوده‌اند بعبارت دیگر تعداد شهرنشین‌ها بین ۵۲/۷۷ تا ۶۳/۱۵ درصد و تعداد ده نشینها اختلاف آن بین ۷/۲۳ تا ۳۹/۸۴ درصد میباشد. در گروه ۲ بیشترین درصد شهرنشین مشاهده میشود ولی با سایر گروهها زیاد نیست و از لحاظ آماری شاخص نمیشود. \*

\*- تصمیم گرفته شد با روش کای اسکویئر تحقیق شود که آیا شهرنشینی در گروههای چهارگانه ۱، ۲، ۳ الف و ب تأثیر دارد یا نه. مقدار کای اسکویئر از جدول ۳، ۱/۱۳۶۶ محاسبه گردید. درجه آزادی برابر با ۳ میباشد با مراجعه به جدول فیشر و با درجه آزادی ۳ در سطح ۵ درصد مقدار کای ۲ برابر با ۷/۸۱۵ درج شده و بنا بر این چون مقدار کای ۲ محاسبه شده از این رقم کمتر است نتیجه میشود که شهرنشینی در گروههای چهارگانه تأثیر ندارد. بعبارت دیگر چهار گروه از نظر تأثیر شهرنشینی یکسان هستند برای تعیین احتمال تفاوت عدد ۱/۱۳۶۶ را به جدول فیشر می‌بریم و با روش انتروپولاسیون مقدار احتمال تفاوت را برابر ۷۴/۹ درصد محاسبه میکنیم.

جدول شماره ۴ شغل شوهر مصاحبه شده گان را نشان میدهد. شغل شوهر مصاحبه شوندگان در گروههای سه گانه مورد بررسی قرار گرفته است همانطوریکه مشاهده میشود اکثر شوهر مراجعه کننده گان کارگر و یا کشاورز بوده اند ولی رویهمرفته نمیتوان شغل شوهر را عامل مؤثری در قبول یا رد پیشنهاد بستن لوله های رحمی دانست.

جدول شماره ۵ مشخصات فردی مراجعین را در سه گروه نشان میدهد. سن متوسط مصاحبه شده گان بین  $31/3$  (گروه ۳ الف) و  $35/7$  (در گروه ۱) بوده است با مقایسه ارقام در جدول شماره ۵ عامل سن را نمیتوان در ردیا قبول پیشنهاد بستن لوله ها موثر دانست. تعداد سالهای ازدواج نیز بین  $16/6$  (گروه ۳ الف) و  $21$  سال (گروه ۱) بوده است. حدمتوسط تعداد حاملگی در گروه ۳ الف از گروههای دیگر کمتر است ( $7/8$ ) و در گروه ۳ ب زیادتیر میباشد ( $9/7$ ). در مورد تعداد زایمان و تعداد بچه های زنده و تعداد بچه های پسر نیز نتایج مشابهی دیده میشود. بعبارت دیگر کسانی که عمل جراحی را برای بسن لوله های رحم قبول کرده اند دارای بیشترین بچه های زنده هستند در این گروه نیز نسبت بچه های پسر به دختر بالاترین رقم را نشان میدهند.

باتوجه به ارقام فوق مشاهده میشود که گروه ۳ الف از نظر سن، تعداد سالهای ازدواج، تعداد حاملگی تعداد زایمان و تعداد اولاد زنده از سایر گروهها راقام پائینتری را نشان میدهد. شاید تنه ادلیل قانع کننده که افراد این گروه را وادار به قبول پیشنهاد بستن لوله ها نموده است، آنست که این افراد میبایستی در هر صورت تحت عمل جراحی سزارین قرار بگیرند. توصیه پزشکان که بعالت طبی بستن لوله ها را به این دسته از زنان پیشنهاد نموده اند احتمالاً در قبول پیشنهاد بستن لوله ها موثر بوده است.

در مورد سن یک نکته دیگر قابل توجه است و آن اینستکه تعدادی از زنان گروه اول اظهار داشته اند که چون در حوالی سنین قطع قاعدگی هستند طبیعتاً دیگر حامله نخواهند شد و بدین جهت لازم نیست لوله های خود را به بندند. باوجودیکه سنین این زنان بادوره یائسگی فاصله چندین سال داشته است ولی شاید این نظریه بطور ضمنی در ضمیر زنان وجود دارد و در تصمیم آنان موثر است.

در جدول شماره ۶ نظر شوهران مصاحبه شونده درباره بستن لوله های همسر خود، که در طی مصاحبه دوم بدست آمده است، ملاحظه میگردد. در گروه اول یعنی کسانی که از ابتدا پیشنهاد بستن لوله ها را قبول نکرده اند بیش از نیمی از شوهرانشان بابتسن لوله ها مخالف بوده اند و میتوان گفت که نظر شوهر در تصمیم گرفتن زنها خیلی مؤثر بوده است.

در گروه دوم باوجودیکه در مصاحبه اول پیشنهاد بستن لوله ها را قبول کرده بودند باز بیش از  $55/75$  درصد شوهرانشان مخالف این کار بوده اند. مسلماً عدم مراجعه مجدد این دسته احتمالاً با مخالفت شوهرانشان مربوط بوده است. در گروه ۳ الف و ۳ ب میزان مخالفت بطور شاخص کمتر بوده و به ترتیب  $20\%$  و صفر درصد گزارش شده است. در گروه داوطلب بستن لوله ها (۳ ب)  $100\%$  رضایت شوهر حاصل بوده است و بعبارت دیگر زن و شوهر باتوافق یکدیگر به بیمارستان مراجعه و حاضر به

عمل شده‌اند نتیجه حاصل از این مشاهده اینستکه رضایت شوهر عامل بسیار مهمی در قبول بستن لوله‌های رحمی در زنان بوده است .

در مصاحبه دوم عقیده زنان راجع به نظر اسلام در مورد بستن لوله‌ها بررسی گردیده است . جدول شماره ۷ نتیجه این بررسی را نشان می‌دهد . درمقایسه گروه اول با گروه ۳ ب مشاهده می‌گردد که تعداد درصد کسانی که بستن لوله‌ها را گناه میدانستند در گروه اول دو برابر گروه ۳ ب است . طبق محاسبات آماری عقاید مذهبی در رد پیشنهاد بستن لوله‌ها مؤثر نبوده است \* . جالب توجه است که در گروه ۲ ،  $۷۲/۱۳$  درصد از زنان معتقد بوده‌اند که بستن لوله‌ها از نقطه نظر مذهبی گناهی ندارد .

در مصاحبه اول درباره علل قبول کردن یا رد کردن بستن لوله‌ها از مصاحبه شونده سؤال شده است . برای اینکه زنان بتوانند در این باره آزادانه اظهار نظر کنند در پرسشنامه سؤال بصورت « جواب آزاد » مطرح شده است یعنی فقط از بیماریات مربوطه سؤال شده است و پاسخ گفته‌مصاحبه شونده عیناً در پرونده منعکس گردیده است . پس از بررسی پرونده‌ها جوابها طبقه‌بندی شده و بر حسب وفور علت در جدول‌های شماره ۸ و ۹ نوشته شده است . اغلب زنان چندین علت را برای تصمیم خود ذکر کرده‌اند و تمام این علل در جدول منظور شده است .

جدول شماره ۸ علل قبول نکردن بستن لوله‌ها را در نزد ۳۶ نفر زن نشان می‌دهد همانطوریکه مشاهده میشود ترس از عمل مهمترین علت رد پیشنهاد بستن لوله‌ها در این گروه از زنان بوده است . رویهمرفته ترس از عمل و ترس از عیب‌دار شدن جمعاً در بیش از دوسوم از زنان مانع قبول پیشنهاد بستن لوله‌ها بوده است . نگرانی از نظرات شوهر نسبت به خودزن و یا بچه‌دار شدن زن در آینده با درصد کمتری در مرحله دوم قرار دارد ولی جمعاً توسط  $۱۶/۶۶$  درصد از زنان عنوان گردیده است .

معتقدات مذهبی در مرحله سوم قرار دارد ولی با وجود این نزدیک به ده درصد از زنان بدین علت بستن لوله‌ها را قبول نکرده‌اند . نگرانی از اینکه در آینده زن خودش بچه بخواند چندان مطرح نیست و این موضوع نشان دهنده اینستکه این زنان خانواده خود را کامل کرده و دیگر مایل نیستند بچه‌دار شوند .

جدول ۹ میزان درصد علل قبول بستن لوله‌ها در گروه ۲ و ۳ که در طی مصاحبه اول اظهار گردیده است نشان می‌دهد . در این جدول عواملی که باعث قبول بستن لوله‌ها گردیده است بررسی و در دو گروه بایکدیگر مقایسه شده است . همانطوریکه مشاهده

\*- تصمیم گرفته شد باروش «کای اسکوپ» تحقیق شود که آیا احساس گناه در گروه‌های چهارگانه مؤثر بوده یا نه؟ برای این منظور مقدار کای ۲ را از جدول شماره ۷ برابر با  $۲/۴۵$  محاسبه نموده‌ایم درجه آزادی برابر با ۳ بوده و با مراجعه به جدول فیشر و با درجه آزادی ۳ در سطح ۵ درصد حداقل مقدار کای ۲ برای معنی‌دار بودن اختلاف گروه‌ها از نظر احساس گناه برابر با  $۷/۸۱۵$  می‌باشد.

و بنا بر این چون مقدار کای ۲ محاسبه شده از این رقم کمتر است نتیجه می‌گیریم که گروه‌های چهارگانه از نظر تأثیر احساس گناه یکسان هستند و برای تعیین احتمال قضاوت عدد  $۲/۴۵$  را به جدول فیشر می‌بریم و با درجه آزادی ۳ مقدار احتمال قضاوت را برابر با  $۵۴/۴$  درصد محاسبه می‌کنیم.

میشود داشتن بچه کافی مهمترین عامل قبول پیشنهاد بستن لوله‌ها در این دو گروه بوده و در بیش از سه چهارم زنان بعنوان علت قبول بستن لوله‌ها عنوان گردیده است. با توجه باینکه حد متوسط تعداد بچه‌های زنده گروه دوم و سوم ۵ نفر بوده است میتوان گفت زنان در این دو گروه تعداد بچه‌های مورد نظر خود را دنیا آورده‌اند، مخصوصاً اینکه در هر دو گروه تعداد متوسط بچه‌های پسر بیش از دختر میباشد. عامل دوم که همچنین از طرف دوسوم مصاحبه شوندگان عنوان گردیده ضعف بدنی مادر بوده است.

بچه‌های زیاد مشکل بزرگ کردن آنان یا نبودن تسهیلات زندگی باعث میشود که فشار بچه‌های زیاد روی شانه مادر بیشتر حس گردد. ضعف جسمی و عدم قدرت بدنی بتدریج از طرف مادر بطور قابل توجهی حس میگردد و باعث میشود که زن از حامله شدن مجدد روگردان باشد. ضعف مالی بعنوان دلیل سوم مطرح است. توجه به آینده بچه‌ها فقط درده درصد از زنان عنوان گردیده است.

#### بحث :

در برنامه‌های تنظیم خانواده در ممالک مختلف بستن لوله‌های رحم بمنظور جلوگیری دائمی از حاملگی بطور روز افزون مورد قبول واقع شده و بطور منظم مورد استفاده قرار میگردد. علت این امر اینستکه بسیاری از زنان هنگامیکه برای جلوگیری از حاملگی به مراکز تنظیم خانواده مراجعه مینمایند تعداد بچه‌های مورد نظر خود را دارند و بطور کلی مایل نیستند که دیگر بچه‌دار شوند. در مطالعه‌ای که در مرکز تنظیم خانواده زاپشگاه امین انجام گرفت مشاهده شد که ۳۶ درصد از زنان در هنگام اولین مراجعه برای جلوگیری از حاملگی ۵ بچه یا بیشتر از ۵ بچه زنده داشته‌اند و طبیعتاً مراجعه آنها بمنظور جلوگیری دائمی از حاملگی بوده است (۴). با توجه به میزان عوارض روشهای جلوگیری از حاملگی بدیهی است که استفاده از روشهای جلوگیری موجود پاسخگوی احتیاج این گروه از زنان که خواستار جلوگیری دائمی از حاملگی هستند نمیشود. برای این گروه از زنان بایستی از روش جلوگیری مطمئن و دائمی استفاده شود و این روش بستن لوله‌های رحم میباشد.

بستن لوله‌های رحم بمنظور جلوگیری دائمی از حاملگی يك عمل جراحی است و علاوه بر آن يك روش دائمی میباشد و باز کردن لوله‌ها و حاملگی مجدد در این زنان کار آسانی نیست (۲). با توجه باین دوجنبه و مخصوصاً نگرانی از عوارض آینده بدیهی است که میزان قبول یارد این روش تحت تاثیر نظرات و عقاید فردی و اجتماعی خود زنان و اطرافیان آنان قرار دارد. مخصوصاً شوهران در تصمیم نسبت به قبول این روش نقش اساسی دارند. تا آنجائیکه ما اطلاع داریم مطالعه ارائه شده اولین بررسی در زمینه‌های فوق‌الذکر در ایران، میباشد که منتشر میگردد در طی این مطالعه نتایج ذیل حاصل گردیده است :

۱- مهمترین عامل موثر در نپذیرفتن بستن لوله‌ها درزن در گروه مطالعه شده ترس از عمل جراحی و عواقب ناشی از آن میباشد. بنظر ما تصورات توده مردم از نحوه کار پزشکی مخصوصاً عمل جراحی در بوجود آوردن این ترس بسیار موثر بوده است و این

پدیده نه فقط در مورد عمل بستن لوله‌ها ، که يك عمل جراحی اختیاری است ، مشاهده میگردد بلکه در مطب پزشکان و بیمارستانهای ایران در مورد اعمال جراحی دیگر نیز که برای سلامتی لازم است بطور مکرر مشاهده میگردد . باتوجه باینکه شیوع عمل جلوگیری دائمی نه فقط برای سلامتی مادر مفید است بلکه از نقطه نظر برنامه‌های جلوگیری از ازدیاد سریع جمعیت نیز موثر بوده است (۷) لذا تشویق مردم به قبول این روش میتواند عامل مهمی در پیشبرد برنامه تنظیم جمعیت باشد. بنظر ما از دو طریق میتوان تاحد زیادی از ترس و نگرانی مردم کاست یکی تبلیغات وسیع و مؤثر از طریق وسایل ارتباط جمعی بمنظور آموزش مردم نسبت به بی خطر بودن روش جلوگیری دائمی درزن و دوم توسعه و تقویت برنامه‌های بستن لوله‌ها از طریق لاپاروسکوپ و بستن لوله‌ها از راه مهبل (۸) . توضیح آنکه لاپاروسکوپي و بستن لوله‌های رحم از طریق مهبل نسبت به بستن لوله‌های رحم از شکم دارای مزایای ذیل میباشد :

اولاً طول مدت بستری شدن کمتر میباشد (۲ و ۸) ، ثانیاً آثار عمل جراحی در روی شکم بطور دائم مشاهده نمیگردد و ثالثاً در لاپاروسکوپي میزان درد و ناراحتی بعد از عمل خیلی کمتر از بستن لوله‌ها از طریق لاپاروتومی میباشد .

بنابراین در صورت توسعه و تقویت برنامه‌های بستن لوله‌ها از طریق لاپاروسکوپي و روش مهبلي میتوان تاحدی از ترس و نگرانی مردم کاست .

۲- در مطالعه ما نظریه شوهران در میزان قبول بستن لوله‌ها بسیار موثر بوده است بنابراین برنامه‌های جلوگیری دائمی زن در سطح مملکتی بایستی با آموزش شوهران در این زمینه توأم باشد . احتمالاً نظریه مادر شوهر و یاسایر افراد فامیل نیز در این تصمیم برای زن موثر میباشد .

۳- از نقطه نظر مذهبی ظاهراً میزان قبول بستن لوله‌ها عقیده شخص نسبت به گناه نداشتن این عمل مربوط میباشد . لذا بایستی بستن لوله‌ها را فقط به منظور جلوگیری دائمی مطرح نمود و توصیه کرد که عمل قطع نسل و عقیم کردن هدف از این برنامه نبیاشد. مخصوصاً اینکه امکان باز کردن لوله‌ها و حامله شدن نیز موجود است . در صورت امکان بایستی سعی شود که موافقت مراجع مذهبی نسبت باین روش جلوگیری از حاملگی کسب گردد .

۴- در باره علل دیگری از قبیل نگران بودن از کم شدن توجه شوهر به زن در آینده، خواستن بچه در آینده ، و «معتقدات سنتی» بایستی در نظر داشت که تغییر عقاید موجود در نزد افراد مشکل میباشد و راه بایبی جهت تحت تاثیر قرار دادن این عقاید احتیاج به مطالعات عمیق تر در زمینه‌های روانشناسی فردی و اجتماعی دارد .

۵- عوامل مهمی که در پذیرفتن روش جلوگیری دائمی مؤثر بوده اند بترتیب داشتن بچه کافی ، علل جسمی و ضعف بدنی و علل مالی ، بوده است ، هر سه این علل بنظر ما بایکدیگر مربوط است و نشان دهندند اینست که افرادی که بستن لوله‌ها را قبول مینمایند تعداد بچه مورد نظر خود را دارند و قادر نیستند دیگر بهیچوجه بچه دار شوند . با توجه باینکه تعداد بچه‌های کافی برای يك فامیل بایشرفت صنعت و شهری شدن کمتر شده و از ۴ بچه به ۳ بچه تقلیل یافته است ، میتوان انتظار داشت که در آینده تعداد داوطلب

زیادتری برای استفاده از روش جلوگیری دائمی به مراکز مربوطه مراجعه نمایند. لذا بایستی کادر فنی و مجهز و تسهیلات لازم برای پاسخگویی به احتیاجات مردم هماهنگ با برنامه‌های وسیع مملکتی فراهم گردد.

۶- در گروه مطالعه شده شاخصهای اجتماعی از قبیل میزان شهرنشینی میزان سواد و شغل در میزان قبول یارد روش جلوگیری از حاملگی خیلی موثر نبوده است ولی بایستی توجه داشت که افراد مورد مطالعه درزایشگاه امین اکثراً از گروه کم درآمد اجتماع بوده‌اند و در این مطالعه امکان مقایسه این افراد با طبقات متوسط و مرفه اجتماع ممکن نبوده است لذا اظهار نظر در این زمینه احتیاج به مطالعات دیگری دارد.

۷- همچنین مشخصات فردی از قبیل سن، تعداد سالهای ازدواج و تعداد بچه‌های زنده نیز ظاهراً در میزان قبول این روش موثر نبوده‌اند ولی شاید در این مورد نیز بیکنواخت بودن گروه مورد مطالعه در این مورد موثر بوده است و اظهار نظر نهائی بایستی در آینده بر مطالعات مناسب پایه گذاری شود.



جدول شماره ۱ : تعداد گروههای سه گانه در مصاحبه اول و دوم

گروهها	در مصاحبه اول تعداد افراد	در مصاحبه دوم تعداد افراد
گروه اول	۳۶	۱۸
گروه دوم	۱۱۴	۶۴
گروه سوم	۱۶۰	۹۹
الف	۵۴	۳۵
ب	۱۰۶	۶۴
جمع	۳۱۰	۱۸۱

جدول شماره ۲ - میزان سواد مصاحبه‌شوندگان برای بستن لوله‌ها در زایشگاه امین

میزان	گروه اول	گروه دوم	گروه سوم	الف	ب
باسواد	۳	۱۶	۲	۷	۶
	٪۸/۳۳	٪۱۴/۰۴	٪۳/۷۰	٪۶/۶۰	
بیسواد	۳۳	۹۸	۵۲	۹۹	۹۹
	٪۹۱/۶۶	٪۸۵/۹۶	٪۹۶/۳۰	٪۹۳/۴۰	
	۳۶	۱۱۴	۵۴	۱۰۶	۱۰۶

جدول شماره ۳ - توزیع مصاحبه شده گان برای بستن لوله‌ها بر حسب محل سکونت

محل سکونت	گروه اول	گروه دوم	گروه سوم	الف	ب
شهرنشین	۱۹	۷۲	۳۱	۶۵	۶۱
	٪۵۲/۷۷	٪۶۳/۱۵	٪۵۷/۴۱	٪۶۱/۳۳	
ده‌نشین	۱۷	۴۲	۲۳	۴۱	۳۸
	٪۴۷/۲۳	٪۳۶/۸۴	٪۴۲/۵۹	٪۳۸/۶۷	
	۳۶	۱۱۴	۵۴	۱۰۶	۱۰۶

جدول شماره ۴ : توزیع زنان مصاحبه شده برحسب شغل شوهر

شغل شوهر	گروه اول	گروه دوم	الف		ب		تعداد کل
			گروه سوم	تعداد کل	گروه سوم	تعداد کل	
متفرقه	۰	۲ (۸۶/۵%)	۱۱ (۸۳/۰۶%)	۰	۱۱ (۳۳/۱۱%)	۱۱	
کارمند دولت	۳ (۳۳/۷%)	۶ (۶۷/۸%)	۰	۰	۰	۹	
مغازه دار	۱۱ (۸۵/۰%)	۸۱ (۳۶/۳۱%)	۶ (۱۱/۶۱%)	۶۳ (۷۱/۰۳%)	۶۶		
کشاورز	۵ (۶۷/۳۱%)	۲۶ (۰۷/۶۶%)	۷ (۶۷/۳۱%)	۲۱ (۶۰/۵۱%)	۵۵		
کارگر فنی	۳ (۳۳/۷%)	۷۱ (۷۸/۵۱%)	۶۱ (۶۶/۶۶%)	۳۱ (۸۶/۶۱%)	۶۳		
کارگر ساده	۲۱ (۳۸/۸۸%)	۳۸ (۳۳/۳۳%)	۲۱ (۳۶/۵۶%)	۳۶ (۸۱/۱۶%)	۶۷		

جدول شماره ۵: توزیع مشخصات فردی مصاحبه شده گان

مشخصات فردی (حد متوسط)	گروه	گروه سوم	
		دوم	اول
سِن	۳۵/۷	۳۱/۵	۳۳/۵
تعداد سالهای ازدواج	۲۱/۰	۱۸/۷	۱۷/۹
تعداد زایمان	۷/۹	۷/۵	۸/۳
تعداد بچه های زنده	۵/۸	۵/۰	۶/۴
تعداد پسر	۲/۸	۳/۵	۳/۶
تعداد دختر	۳/۰	۳/۰	۲/۸

جدول شماره ۶: نظرشهران مصاحبه شوندگان در مورد بستن لوله های رحمی (مصاحبه دوم)

گروه	تعداد	موافق	مخالف	بیتفاوت
گروه ۱	۱۸	۴ (۲۲/۲۲٪)	۱۰ (۵۵/۵۶٪)	۴ (۲۲/۲۲٪)
گروه ۲	۶۱ *	۲۲ (۳۶/۰۶٪)	۳۴ (۵۸/۵۵٪)	۵ (۸/۱۹٪)
گروه ۳ الف	۳۵	۲۶ (۷۴/۳۸٪)	۷ (۲۰/۰۰٪)	۲ (۵/۷۲٪)
ب	۶۴	۶۴ (۱۰۰/۰۰٪)	.	.

\* سه نفر از بیماران نظرشهران را برآورد داشته اند

جدول شماره ۷: عقیده مصاحبه شوندگان راجع به نظر

مذهب اسلام در مورد بستن لوله ها ( مصاحبه دوم )

گروه	تعداد کل	از نظر دینی گناه است	از نظر دینی گناهی ندارد	من نمیدانم
گروه اول	۱۸	۶ (۳۳/۳۴)٪	۱۰ (۵۵/۵۵)٪	۲ (۱۱/۱۱)٪
گروه دوم	۶۱ *	۱۳ (۲۱/۳۳)٪	۴۴ (۷۲/۱۳)٪	۴ (۶/۵۵)٪
گروه سوم الف	۳۵	۷ (۲۰/۰۰)٪	۲۸ (۵۴/۲۰)٪	۹ (۲۵/۸۰)٪
ب	۶۴	۱۰ (۱۵/۶۳)٪	۴۳ (۶۵/۶۳)٪	۱۳ (۱۸/۷۵)٪

\* سه نفر نظر خود را ابراز نداشته اند

جدول شماره ۸ - علل قبول نکردن و درصد افرادی که علل را ذکر کرده اند (مصاحبه دوم)

درصد	تعداد	علل رد کردن عمل بستن لوله ها بر حسب عقیده مصاحبه شده
٪۶۱/۱۱	۲۲	ترس از عمل
٪۱۱/۱۱	۴	ترس از عیب دار شدن
٪۱۱/۱۱	۴	نگران از اینکه شوهرش در آینده بچه بخواند
٪۵/۵۵	۲	نگران کم شدن توجه شوهر بعالت ناقص شدن زن
٪۲/۷۸	۱	شاید خودش بعداً بچه بخواند
٪۸/۳۴	۳	بعالت معتقدات مذهبی و بمصدق اینکه هر آنکس که دندان دهد نان دهد

جدول شماره ۹ - میزان درصد علل قبول بستن لوله ها (مصاحبه اول)

گروه سوم	گروه دوم	علل
۱۲۹ (۸۰/۶۲)٪	۹۰ (۷۸/۸۴)٪	بعالت داشتن بچه کافی
۹۴ (۵۸/۷۵)٪	۷۴ (۶۴/۹۱)٪	بعالت جسمی وضعف بدنی برای بچه دار شدن
۴۸ (۳۰/۰۰)٪	۴۵ (۳۹/۴۷)٪	بعالت ضعف مالی
۱۶ (۱۰/۰۰)٪	۸ (۷/۰۱)٪	توجه به آینده بچه ها
۳ (۱/۸۷)٪	۲ (۱/۷۰)٪	علل روحی

توضیح در باره جدول ۸ و ۹ - بعضی از مصاحبه شوندگان چند عامل ذکر کرده اند ، لذا مجموع تعداد زنان بیش از تعداد کل مصاحبه شدگان میباشد .

## REFERENCES

1. The role of sterilization in controlling fertility, *Studies in Family Planning* 45 :8, 1969.
2. Edwards L. E., Hakanson E. Y., changing status of tubal sterilization, *Am. J. Obstet Gynecol* 115 :347, 1973.
3. Country Profile; Iran Population Council, Dec., 1969.
4. Review of Files of family Planning clinic, University of Isfahan, July, 1970.
5. Summary of activities, 1967-1970, Family Planning Division, Ministry of Health, Published by Ministry of Health, Tehran, Jan., 1971.
6. Reports on Population and Family Planning No. 5, Published by Ministry of Health, Tehran, July, 1970.
7. Laros R. K., Zatuchni G. I., and Andros G.J., Fuercperal tubal ligation morbidity, histology and bacteriology. *Obstet Gynecol* 41 :397, 1973.
8. Roe R. E., Laros R. K. and Work B. A., Female Sterlization, the vaginal approach, *Am. J. Obstet Gynecol* 112 :1031, 1972.